

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 124

Poussée évolutive
chez des tuberculeuses pulmonaires
au cours de la période des suites de couches
Dix observations recueillies en trois ans
à la clinique obstétricale de M. le professeur Voron

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 9 Mars 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul GRIMONET

Né le 31 Décembre 1905 à LYON (Rhône)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1932

Poussée évolutive
chez des tuberculeuses pulmonaires
au cours de la période des suites de couches

Poussée évolutive
chez des tuberculeuses pulmonaires
au cours de la période des suites de couches

Dix observations recueillies en trois ans
à la clinique obstétricale de M. le professeur Voron

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 9 Mars 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul GRIMONET

Né le 31-Décembre 1905 à LYON (Rhône)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1932

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURICQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	IATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	ETIENNE MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	ROCHAIX
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

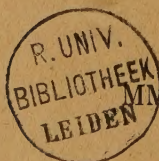
Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Puériculture et hygiène de la première enfance	MM. RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOURT	BERNHEIM	MORENAS
RHENTER	DEVIC	DECHAUME	REPATTU Ch..
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL Ch...
SANTY	MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME Ch...
CHAILIER (André)	ROCHET (Ph.)	CHERT	SÉDILLIAN Ch..
CHAILIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VORON, président; SAVY, assesseur;
GATE et EPARVIER, agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En témoignage de mon affection.

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON
Professeur de Clinique Obstétricale

Il a bien voulu nous inspirer ce travail et accepter la présidence de cette thèse.

Il nous a toujours accueilli dans son service avec bonté.

Nous sommes heureux de lui adresser l'expression de nos sentiments très respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SAVY
Médecin de l'Hôtel-Dieu

Nous avons eu l'honneur de faire un semestre d'externat dans son service et pu apprécier son enseignement si attrayant.

C'est lui qui nous a inculqué d'une façon remarquablement claire, ce que nous possédons de pratique médicale.

Nous le prions de croire à notre respectueuse admiration et à notre vive gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GATÉ

Médecin des Hôpitaux

Nous avons plaisir à nous rappeler l'excellent semestre d'externat passé dans son service, au milieu d'une atmosphère tout empreinte de cordialité.

Qu'il veuille bien accepter ici nos sentiments de profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ EPARVIER

Accoucheur des Hôpitaux

En très respectueux hommage.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHUT

Médecin des Hôpitaux

Le souvenir de notre premier maître, particulièrement aimé, restera pour nous inoubliable.

Sa grande bienveillance et ses conseils nous ont souvent été de précieux encouragements.

Qu'il trouve ici un bien faible témoignage de notre sincère attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SANTY

Chirurgien des Hôpitaux

Il fut pour nous un maître aimable et nous avons pu bien souvent apprécier sa grande bonté.

Nous sommes heureux de l'assurer de notre affectueux attachement.

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Poussée évolutive
chez des tuberculeuses pulmonaires
au cours de la période des suites de couches

Introduction

Au cours de notre première année de médecine, alors que nous étions dans le service du Professeur Courmont, nous avons eu plusieurs fois l'occasion d'observer des aggravations survenues pendant la période des suites de couches chez des tuberculeuses pulmonaires ayant par ailleurs normalement accouché à terme.

Pendant notre externat et notre année de suppléance d'internat, nous avons pu observer des faits du même ordre dans le service de maternité de M. le Docteur Gonnet, à l'Hôtel-Dieu, et dans celui de M. le Professeur agrégé Rhenter, à l'hôpital de la Croix-Rousse.

Tout cela était resté dans notre esprit, mais c'est au cours de notre stage à la clinique obstétricale que nous avons eu la bonne fortune d'entendre notre Maître, M. le Professeur Voron, consacrer ses leçons du jeudi matin à cette question si passionnante des rapports entre la tuberculose et la puerpéralité. Ces

leçons étaient faites à l'occasion de plusieurs malades; deux d'entre elles se trouvaient encore à l'infirmierie où il nous a été donné de les observer personnellement.

Nous nous sommes d'autant plus intéressé à ces malades que nous avons eu l'occasion d'en suivre d'autres analogues pendant nos études. Aussi lorsque le moment est venu pour nous d'entreprendre notre thèse, avons-nous songé à demander à M. le Professeur Voron de bien vouloir nous confier les observations de son service.

M. Voron nous a conseillé de limiter notre travail à l'étude des cas recueillis à la clinique obstétricale pendant une période de trois ans. En effet, si ces malades sont intéressantes en elles-mêmes, et nous analyserons plus loin chacune de nos observations, il paraît tout à fait important d'obtenir des notions sensiblement exactes sur la fréquence de semblables faits. L'idéal à ce point de vue serait de connaître toutes les tuberculeuses enceintes et de voir ce qu'elles deviennent après leur accouchement ; cela est impossible pour la raison très simple que de nombreuses malades atteintes de tuberculose pulmonaire en apparence éteinte, ne sont même pas cataloguées comme tuberculeuses dans les services d'obstétrique et ne sont souvent repérées qu'à l'occasion des complications survenues pendant la période des suites de couches.

Il faut donc, pour le moment du moins, renoncer à établir une statistique orientée dans ce sens. Par contre, il sera toujours possible, en prenant tous les cas de poussées bacillaires évolutives survenues pendant les suites de couches, d'en rapporter le nombre

à celui des accouchements faits pendant la même période dans un service de maternité ; c'est là un moyen grossier d'appréciation, mais c'est le seul qui, dans l'état actuel des choses, ne soit pas, à l'origine, entaché d'erreur.

Par ailleurs, il convient de remarquer que nous ne voyons dans les services d'accouchements que les femmes dont les complications pulmonaires apparaissent rapidement après l'accouchement ; nous sommes convaincu que bien souvent de semblables malades, dont les suites de couches immédiates ont été complètement apyrétiques, vont faire chez elles leur poussée évolutive provoquée par l'accouchement, échappant ainsi à notre contrôle.

Les considérations qui précèdent sont absolument nécessaires pour préciser les conditions dans lesquelles nous avons entrepris notre travail.

Nous ne rapportons que des faits ayant trait à des poussées de tuberculose évolutive survenues dans les suites de couches immédiates, chez des malades ayant accouché dans le service de la clinique obstétricale pendant une période qui s'étend de novembre 1928 jusqu'à novembre 1931, soit au cours d'une durée de trois ans.

Nous avons ainsi relevé neuf observations qu'il est légitime de comparer au nombre d'accouchements effectués dans le même temps, soit un total de 3.850 accouchements. A ces neuf observations, nous en ajoutons une autre qui se rapporte à une femme ayant accouché chez elle et qui a été amenée rapidement après son accouchement à l'Infirmierie de la Clinique Obstétricale.

Le nombre de ces observations montre qu'il ne s'agit malheureusement pas là de faits exceptionnels. Notre travail a consisté à les recueillir aussi soigneusement que possible, joignant dans tous les cas la courbe de température, dont l'analyse est tout à fait démonstrative.

Nous remercions notre Maître, M. le Professeur Voron, d'avoir bien voulu nous confier ces observations auxquelles nous savons qu'il s'intéresse tout particulièrement.

Observations

OBSERVATION I

Mme V..., 24 ans.

DIAGNOSTIC : BRONCHO-PNEUMONIE TUBERCULEUSE
DANS LES SUITES DE COUCHES. MORT RAPIDE AU TREI-
ZIÈME JOUR.

Femme de 24 ans, secondipare ; une fille de 2 ans
en bonne santé.

Mari atteint de tuberculose pulmonaire.

Personnellement, assez bonne santé habituelle.

— *Premier séjour à l'Infirmerie, du 10 au 16 octo-
bre 1928.*

Femme enceinte de 5 mois $1/4$, est hospitalisée
parce que depuis trois semaines et malgré le repos,
elle a des douleurs lombaires et des hémorragies.

Examen obstétrical : Grossesse de 5 mois $1/4$.
Auscultation fœtale positive.

*L'auscultation pulmonaire, le jour de l'entrée, ne
révèle rien d'anormal.*

Au bout de six jours, les douleurs et les hémorragies
ont cessé et la malade demande à partir.

— *Deuxième séjour à l'Infirmierie, entrée le 22 novembre 1928.*

La malade revient dans le service. Sans cause notable, elle vient d'accoucher prématurément et spontanément à 6 mois 1/2 d'un enfant vivant pesant 800 grammes, qui est mort après quelques heures.

A l'entrée : La température est autour de 38°, elle atteint 39° le lendemain soir, retombe ensuite, oscille deux jours entre 37°5 et 38° et redevient normale le 27 novembre (voir courbe ci-jointe).

Le jour de l'entrée, on explique mal la température subfébrile, la malade présente tout au plus un léger degré d'anhélation.

Apyrexie complète du 27 novembre au 1^{er} décembre. Involution utérine normale.

Le 1^{er} décembre : Brusquement la malade se plaint d'un violent point de côté au sommet droit ; pas de toux ni d'expectoration ; la température monte vers 39°, le pouls vers 110.

Examen pulmonaire :

Percussion : En arrière : matité au niveau de tout le poumon droit. Rien à gauche.

Auscultation :

Poumon droit : Au sommet, gros râles humides entendus dans tout le tiers supérieur avec un souffle tubaire. Quelques râles de bronchite à la base.

Poumon gauche : Simple diminution du murmure au sommet.

Le 3 décembre : La température, qui est restée autour de 39° ces deux derniers jours, atteint aujourd'hui 39°5.

La malade présente de la toux avec expectoration de crachats hémoptoïques ; polypnée légère, pas de cyanose.

L'examen pulmonaire montre, outre les signes constatés précédemment, un gros foyer de matité de la base droite avec exagération des vibrations ; à ce niveau, de nombreux râles crépitants. Le souffle tubaire est entendu dans la région paravertébrale.

On porte le diagnostic clinique de broncho-pneumonie tuberculeuse.

Le 5 décembre : La température voisine toujours 39°. Pas de cyanose, ni de crise de dyspnée prémonitoire. Dans l'après-midi la malade se plaint d'un malaise, elle pâlit progressivement, ne présente alors ni toux, ni expectoration et meurt rapidement en cinq minutes.

On n'a pas pu faire de bacilloscopie.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

OBSERVATION II

Mme M..., 34 ans.

DIAGNOSTIC : TUBERCULOSE PULMONAIRE ULCÉRO-CASÉEUSE A MARCHE RAPIDE DANS LES SUITES DE COUCHES. PHLÉBITE DOUBLE. MORT 37 JOURS APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Femme de 34 ans, secondipare, ayant toujours joui d'une bonne santé habituelle.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et collatéraux.

Mari mort de tuberculose pulmonaire.

Premier accouchement normal à terme d'un enfant vivant, il y a 7 ans 1/2.

La malade ne se plaignait jusqu'au moment de l'entrée dans le service d'aucun signe fonctionnel ; jamais de toux, ni de dyspnée.

Grossesse actuelle bien supportée, sans signe de fléchissement de l'état général.

Entre le 7 décembre 1928, trois jours avant l'accouchement, pour des hémoptysies graves, abondantes, à répétition. On se contente d'un examen sommaire, sans auscultation pulmonaire ; la température est à 37°4, l'auscultation cardiaque de la mère est négative.

Les hémoptysies cèdent au traitement habituel.

Le 10 décembre 1928 : Accouchement spontané rapide d'un enfant vivant vigoureux de 3.050 gram-

mes, ne présentant rien d'anormal ; l'enfant reçoit du B. C. G.

L'auscultation pulmonaire rapide le jour de l'accouchement montre des signes cavitaires au sommet droit. Signes d'infiltration à gauche.

Le soir-même de l'accouchement, la température monte à 39° et se maintient autour de 39°.

Pendant les huit premiers jours des suites de couches, rien d'utérin ne peut expliquer l'ascension thermique.

Ce n'est que le 17 décembre que la malade commence à se plaindre de son membre inférieur gauche. Rapidement se constitue une phlegmatia alba dolens de ce côté.

La température est élevée pas de nouvelle hémoptysie, mais le 27 décembre, la malade a quelques crachats nummulaires dans lesquels un examen direct montre la présence du bacille de Koch.

Le 28 décembre 1928 : la malade se plaint également de son membre inférieur droit ; elle accuse une sensation de lourdeur dans le mollet ; on constate l'existence d'une phlébite double pour laquelle on immobilise la malade dans une gouttière de Bonnet.

Pendant les quinze jours suivants, la température oscille entre 37° le matin et 39° le soir, mais il semble se produire une amélioration du côté pulmonaire : atténuation des signes physiques ; cependant dyspnée légère, expectoration nummulaire d'abondance moyenne.

Le 9 janvier 1929 : Apparition d'une dyspnée progressive, accompagnée de cyanose ; la température est entre 37°5 et 38° ; il n'y a pas eu de point de côté,

ni d'expectoration noirâtre pouvant faire envisager l'hypothèse d'un infarctus pulmonaire.

Le 13 janvier 1929 : la dyspnée et la cyanose s'accroissent ; la température est élevée.

La malade meurt le 16 janvier.

Le 17 janvier 1929 : AUTOPSIE.

Aux poumons : Symphyse pleurale bilatérale.

A la coupe, on constate des lésions ulcéro-caséuses bilatérales avec la présence d'une caverne au sommet droit.

Rien à signaler aux autres organes.

Examen du système veineux : Phlébite bilatérale des veines du petit bassin, des veines iliaques externes ; la veine cave inférieure est oblitérée à son origine. A sa terminaison, au-dessus des veines sus-hépatiques, on trouve de nouveau un caillot très organisé avec fibres blanchâtres dans le caillot.

Examen du cœur : On trouve un caillot cruorique dans l'oreillette droite, moulé sur cette cavité ; de même un caillot très adhérent dans le ventricule droit. Rien dans les cavités gauches.

OBSERVATION III

Mme P..., 36 ans.

DIAGNOSTIC : BRONCHO-PNEUMONIE TUBERCULEUSE, DANS LES SUITES DE COUCHES. MORT RAPIDE AU SEIZIÈME JOUR.

Femme inconnue, vient accoucher dans le service.

Bassin chirurgical aplati et généralement rétréci avec un promonto-sous-pubien de 8 cm. 5. Arc antérieur inférieur à la normale.

Le 10 février 1929 : Accouchement prématuré à 6 mois 1/2 ; enfant mort, craniotomie sur tête dernière.

Le 14 février 1929 : la malade tousse et crache et l'auscultation pulmonaire ne révèle que des signes de bronchite. Depuis l'accouchement, température subfébrile.

Le 23 février 1929 : la température se maintient vers 39° ; rien d'utérin, d'annexiel, de mammaire ou de veineux n'explique cette pyrexie.

D'autre part la malade est dyspnéique et son facies vultueux attire l'attention.

On procède à un examen minutieux de l'appareil pulmonaire :

Poumon gauche : en arrière, au sommet, existence d'un souffle à timbre creux avec de gros râles humides ; à la base, râles sous-crépitaux de calibre moyen ; en avant, sous la clavicule, on retrouve les signes cavitaires constatés en arrière : râles xyloïdiens, souffle

creux ; on a l'impression d'une caverne superficielle.

Poumon droit : râles sous-crépitants de calibre variable, sur toute la hauteur du poumon.

On porte le *diagnostic de broncho-pneumonie tuberculeuse*.

Le 24 février 1929 : la dyspnée augmente, s'accompagnant de battements des ailes du nez, cyanose intense. On donne de l'oxygène.

L'*auscultation pulmonaire* montre que les signes observés la veille s'étendent.

L'examen des crachats, par deux fois répété, ne montre pas de bacille de Koch.

Le soir, à 8 heures, l'expectoration purulente devient très fétide et très abondante.

La malade meurt le 25 février, à 1 heure du matin. Autopsie pratiquée le 26 février 1929 (Docteur Brochier).

Lésions anciennes de tuberculose fibreuse. Caverne silencieuse du sommet gauche. Broncho-pneumonie tuberculeuse des suites de couches.

Rien de particulier à l'ouverture du ventre, sauf un certain degré de dilatation intestinale sans sténose appréciable. Grand épiploon rouge, très vascularisé.

Pas de granulations sur le péritoine.

Utérus de post-partum, normal pour la date de l'accouchement. Rien dans le Douglas, ni dans les ligaments larges, ni dans les annexes.

Foie gros, plutôt mou, ne présentant pas les caractères du foie infectieux.

Rate molle.

Poumons : Adhérences de la plèvre pariétale à la

plèvre viscérale, très serrées sur toute la hauteur du *poumon gauche*, au point qu'on ne peut décoller que très difficilement le poumon de la cage thoracique.

A droite : Adhérences un peu plus lâches siégeant seulement sur les deux tiers supérieurs du poumon droit.

A la section : Le poumon gauche présente une cavité du volume d'une petite mandarine entourée d'une coque fibreuse épaisse de 1 cm. environ. Tout autour existent des manifestations de pneumonie péri-lésionnelle et sur toute l'étendue du poumon il y a des granulations diffuses et une congestion totale qui ressemblent aux lésions habituelles de *broncho-pneumonie tuberculeuse*.

La section du poumon droit montre seulement un petit nodule scléreux de l'extrême sommet.

OBSERVATION IV

Mme S..., 31 ans.

DIAGNOSTIC : TUBERCULOSE PULMONAIRE FIBREUSE DE DATE ANCIENNE. POUSSÉE ÉVOLUTIVE A ALLURE GRAVE DANS LES SUITES DE COUCHES. MORT CINQ MOIS APRÈS.

La malade accouche à la clinique obstétricale à la fin de février 1929 ; accouchement spontané d'un enfant vivant.

Avant sa sortie, elle est examinée et radioscopée au point de vue pulmonaire, parce qu'elle tousse et crache ; l'examen conclut à l'existence de lésions fibreuses de date ancienne, non évolutives.

L'examen des crachats montre l'absence de bacilles de Koch.

Quinze jours après sa sortie, la malade revient dans le service : sa température se maintient à 40° depuis huit jours.

L'examen révèle l'existence de lésions pulmonaires fibro-caséeuses, bilatérales, évolutives.

L'examen des crachats montre la présence de bacilles de Koch abondants.

La malade paraît dans un état grave : amaigrissement, sueurs nocturnes, légère dyspnée, pâleur intense.

Le 20 mars 1929, elle est envoyée en médecine, à l'Hôtel-Dieu, chez le Docteur Cordier.

La température, dans le service de l'Infirmierie, a

oscillé entre $37^{\circ}5$ le matin et $38^{\circ}5$ à 39° le soir. Nous présentons la courbe de température correspondant au passage de la malade à la II^e Infirmerie.

Du service du Docteur Cordier, la malade est passée dans le service spécial de l'hôpital de la Croix-Rousse, dans un état grave et elle est morte cinq mois après, en août 1929.

OBSERVATION V

Mme M..., 26 ans.

DIAGNOSTIC : TUBERCULOSE PULMONAIRE FIBRO-CASÉEUSE BILATÉRALE. SIGNES D'ÉVOLUTIVITÉ DANS LES SUITES DE COUCHES. DÉCÈS DEUX ANS APRÈS.

Femme de 26 ans, primipare.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et collatéraux. Elle-même tousse tous les hivers, mais son état général est bon.

L'affection pulmonaire paraît remonter à janvier 1929 ; elle débute par une *hémoptysie* ; la malade est alors enceinte de 4 mois 1/2.

A la fin de la grossesse, en mai, la malade se met à tousser, toux persistante avec des points douloureux dorsaux. Jamais de température, pas d'expectoration, l'appétit est conservé ; il existe tout au plus de légères sueurs nocturnes.

Le 17 mai 1929 : Accouchement spontané, à terme, à la clinique obstétricale, d'un enfant vivant de 3.450 grammes ; le nourrisson reçoit du B. C. G. et est envoyé à la Samaritaine pour allaitement au sein.

La malade passe ensuite à la II^e Infirmerie ; elle tousse moins qu'avant l'accouchement, mais sa température se maintient entre 37° et 38°, alors que tout est normal au point de vue des suites de couches.

Examen de l'appareil pulmonaire :

Percussion : Matité des deux sommets, en arrière ; en avant, matité sous la clavicule gauche.

Auscultation : *En arrière*, respiration soufflante aux deux sommets avec des râles humides après la toux au sommet droit.

En avant, souffle creux sous la clavicule gauche ; à droite, respiration soufflante.

On porte le diagnostic de tuberculose pulmonaire fibro-caséreuse bilatérale ancienne, avec poussée évolutive dans les suites de couches.

Pendant un mois, la température se maintient entre 37°2 et 37°5 le matin et 38° à 38°5 le soir (voir la courbe ci-jointe).

La malade présente un amaigrissement considérable, avec grande sensation d'asthénie. Constipation légère, l'appétit est assez bien conservé.

Un mois après l'accouchement, les mêmes signes persistent et la malade est envoyée dans le service du Docteur Cordier, à l'Hôtel-Dieu.

Bacilloscopie positive.

La malade est restée dans le service du Docteur Cordier jusqu'à la fin de juin 1929 ; son état était alors assez grave, elle est revenue dans le service de l'Hôtel-Dieu plusieurs fois et est morte pendant le courant de l'été 1931.

OBSERVATION VI

Mme O..., 36 ans.

DIAGNOSTIC : TUBERCULOSE PULMONAIRE ANCIENNE. POUSSÉE GRANULIQUE DANS LES SUITES DE COUCHES. MORT 27 JOURS APRÈS UN ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.

Femme de 36 ans, sans antécédent notable.

Tertipare ; une fille vivante en 1921.

En 1927, une fausse couche de 2 mois ayant nécessité un curage digital.

L'affection pulmonaire paraît avoir débuté en 1927 par une hémoptysie, un mois après la fausse couche.

Un médecin aurait alors constaté une lésion du poumon gauche, mais bacilloscopie négative.

Depuis, la malade est soignée, interrompant de temps à autre son travail pour se reposer pendant quelques semaines à la campagne.

Bon début de grossesse fin de 1928.

Au 7^e mois, poussée de laryngite avec expectoration et dyspnée obligeant la malade à se reposer.

Elle vient à la clinique obstétricale au moment du travail, le 24 août 1929, et elle accouche prématurément et rapidement d'un enfant vivant vigoureux de 2.500 gr. ; cet enfant est envoyé à la nourricerie Raymond.

A l'entrée : Femme de 36 ans, amaigrie ; la température est à 37°3. On constate l'existence de lésions

pulmonaires fibro-caséuses bilatérales. La bacilloscopie est positive.

Le lendemain de l'accouchement, la température monte le soir à $38^{\circ}3$; le surlendemain, à $38^{\circ}7$ le matin et à $39^{\circ}4$ le soir ; elle se maintient ensuite en plateau autour de 39° .

L'examen oriente de suite vers l'appareil pulmonaire; il existe de la dyspnée, une cyanose progressive.

A l'auscultation, on entend, outre les signes précédents, des râles fins dans toute la hauteur des deux poumons.

On porte le diagnostic de granulie à forme pulmonaire greffée sur une tuberculose fibro-caséuse ancienne.

L'affection prend une allure nettement aiguë ; la température se maintient entre 39° et 40° et la malade meurt au 27^e jour après l'accouchement.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

OBSERVATION VII

Mme B..., 31 ans.

DIAGNOSTIC : TUBERCULOSE PULMONAIRE FIBRO-CASÉEUSE, BILATÉRALE, A TENDANCE FIBREUSE. POUS-SÉE ÉVOLUTIVE PENDANT LES SUITES DE COUCHES. MORT HUIT MOIS APRÈS.

Femme de 31 ans, tertipare ; une première grossesse, bien supportée il y a huit ans, enfant vivant.

Malade soignée depuis quatre ans au sanatorium Sainte-Eugénie pour une tuberculose bilatérale, peu évolutive des deux sommets. Le début apparent de la maladie remonte à 1925 par une pleurésie gauche. Par la suite, l'affection actuelle se constitue ; les crachats sont bacillifères ; toutefois les lésions paraissent au repos.

Deuxième grossesse en 1928, c'est-à-dire il y a deux ans ; enfant vivant ; mais la malade a présenté déjà à cette époque une poussée évolutive grave après l'accouchement : signes au sommet gauche, température, amaigrissement.

La grossesse actuelle a été très bien supportée : les accidents pulmonaires paraissent même avoir marqué un temps d'arrêt pendant cette période. Apyrexie complète les jours avant l'accouchement.

Le 28 janvier 1930 : Accouchement normal à terme d'un gros enfant vivant de 4.660 grammes. Cet enfant est isolé de suite, il reçoit du B. C. G. et est confié à l'œuvre Grancher pour allaitement au sein.

La malade dit que sa température a toujours été peu élevée, ne dépassant pas $37^{\circ}5$ le soir.

Le soir de l'accouchement, la température est à 38° ; elle redescend ensuite pour atteindre $38^{\circ}3$ le soir du 4^e jour des suites de couches. Depuis elle se maintient autour de 38° et l'auscultation révèle l'existence d'une poussée congestive au niveau du sommet gauche.

L'examen des crachats révèle la présence de bacilles de Koch.

Au 16^e jour des suites de couches, la température est toujours autour de 38° , sans grandes oscillations.

Le 16 février 1930 : La malade retourne au sanatorium Sainte-Eugénie, d'où elle venait au moment de l'accouchement.

A Sainte-Eugénie, la poussée évolutive continue avec température oscillante entre 37° et 38° , puis entre 38° et $39^{\circ}5$. En juillet, grandes oscillations thermiques. Mort en septembre.

OBSERVATION VIII

Mme C..., 28 ans.

DIAGNOSTIC : TUBERCULOSE PULMONAIRE ULCÉRO-CASÉEUSE AVEC LÉSIONS LARYNGÉES SURVENUE AU COURS D'UNE 4^e GROSSESSE. AGGRAVATION NETTE DANS LA PÉRIODE DES SUITES DE COUCHES IMMÉDIATES ET MORT AU 15^e JOUR APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Femme de 28 ans, quartipare.

Antécédents personnels : Une bronchite dans la première enfance. Quelques troubles menstruels (irrégularité des règles) avec périodes d'aménorrhée depuis quelques années.

A part cela, assez bonne santé habituelle jusqu'au début de la 4^e grossesse.

Antérieurement, trois grossesses :

- la 1^{re} grossesse, en 1922 : siège, enfant mort ;
- la 2^e grossesse, en 1924 : enfant vivant atteint de spina bifida, mort après une intervention ;
- la 3^e grossesse, en 1928 : accouchement normal d'un enfant vivant, en bonne santé.
- 4^e grossesse : dernières règles du 10 au 15 août 1929, accouchement probable le 23 mai 1930.

Le début de la grossesse a été bien supporté ; la femme est alors en bonne santé et vaque normalement à ses occupations.

Au 5^e mois, apparition de troubles digestifs avec vomissements graves, incoercibles et amaigrissement considérable.

Au 6^e mois, les signes précédents s'accompagnent de phénomènes pulmonaires avec toux et expectoration. Trois semaines avant l'accouchement, dysphonie très marquée.

Le 10 mai 1930 : Accouchement prématuré spontané à la clinique obstétricale, deux semaines avant le terme, d'un enfant vivant, de 1.750 grammes ; cet enfant est vacciné par le B. C. G. et est envoyé à la nourricerie Raymond.

La malade passe à la II^e Infirmerie ce même jour pour les phénomènes laryngés signalés précédemment.

Le soir de l'accouchement, la température est à 37°8, elle atteint 38°8 le lendemain matin, 39°8 le soir.

Ce même jour, on constate que la dysphonie domine la scène ; il n'y a pas de dysphagie mais la malade présente une toux fréquente et pénible accompagnée d'une expectoration abondante, surtout muqueuse, avec quelques filets purulents.

Le 11 mai 1930, l'examen bactériologique des crachats révèle de nombreux bacilles de Koch.

Le 13 mai 1930, la température se maintient élevée entre 39° et 40° depuis l'accouchement.

A l'examen, outre la toux et l'expectoration, on constate que la malade est dyspnéique, amaigrie, sans cyanose notable.

Appareil pulmonaire : Pas de modification nette à la percussion.

A l'auscultation : Respiration très soufflante aux deux sommets en arrière avec, à gauche, reprise respiratoire creuse après la toux, dans la gouttière scapulo-vertébrale.

A droite, quelques râles humides après la toux, en avant, dans la région sous-claviculaire.

Examen du larynx : Gros œdème inflammatoire au niveau des aryténoïdes et de la corde gauche. Pas de lésions spécifiques permettant d'affirmer la tuberculose.

L'examen cardiaque révèle un rythme régulier, rapide à 120. Pas de signes orificiels.

La tension artérielle est de 11,5/6 au Gallavardin.

Par ailleurs, foie et rate non perçus.

Pas de diarrhée.

Utérus en involution normale avec lochies normales.

On porte le diagnostic de tuberculose ulcéro-caséuse à marche rapide, à lésions surtout caséuses avec atteinte laryngée, développée chez une femme de 28 ans, sans antécédents spéciaux, à l'occasion d'une quatrième grossesse, avec aggravation nette de suite après l'accouchement.

Le 19 mai 1930, la température se maintient entre 39° et 40°, l'état général est très grave ; la malade est envoyée dans le service spécial de l'hôpital de la Croix-Rousse, où elle est morte le 25 mai.

OBSERVATION IX

Mme S..., 33 ans.

DIAGNOSTIC : TUBERCULOSE PULMONAIRE FIBRO-CASÉEUSE. SIGNES D'ÉVOLUTION A LA FIN DE LA GROSSESSE. AGGRAVATION AUSSITOT APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Femme de 33 ans, enceinte de huit mois, qui entre dans le service, à la II^e Infirmerie, pour tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse en évolution.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents collatéraux : une sœur morte à 22 ans d'affection pulmonaire aiguë.

Personnellement, comme antécédents pathologiques, on révèle quelques maladies de l'enfance (rougeole, oreillons, scarlatine) ; à 18 ans, fièvre typhoïde pour laquelle la malade fut soignée à l'hôpital de la Croix-Rousse.

Réglée normalement depuis l'âge de 13 ans.

Jusqu'à son mariage, à l'âge de 28 ans, elle garde une bonne santé. Pas de pleurésie, tout au plus quelques rhumes l'hiver.

Mariée en 1925 : première grossesse en 1926, qui suivit son cours normalement et se termina par un accouchement spontané à terme (mai 1926) d'un enfant vivant et actuellement bien portant.

L'affection actuelle semble remonter à mars 1929. Début par une « congestion pulmonaire » gauche, au dire de la malade, à partir de laquelle apparurent

les signes fonctionnels pulmonaires : toux, expectoration et les signes de déficience de l'état général : sueurs nocturnes, perte de l'appétit et amaigrissement.

Tel est son état de santé lorsqu'elle devient enceinte en février 1930.

Dernières règles le 24 février 1930. Accouchement probable le 5 décembre 1930.

Au fur et à mesure que la grossesse évolue la malade sent ses forces diminuer de plus en plus, en même temps que ses symptômes pulmonaires se font également plus intenses. La malade passe la visite au dispensaire où un examen des crachats est pratiqué, qui se révèle positif.

Venue à la consultation des expectantes, le 5 novembre, on lui conseille d'entrer à la II^e Infirmerie.

A l'entrée, le 11 novembre 1930, femme de 33 ans, paraissant assez amaigrie, température subfébrile autour de 38°. Toux et expectoration assez fréquentes (crachats purulents).

A l'examen pulmonaire : submatité dans les deux tiers supérieurs du poumon gauche.

A l'auscultation : *Au poumon gauche*, en arrière et au sommet, on entend un véritable souffle creux sur toute l'étendue du lobe supérieur, sans adventices, mais après la toux qui a un timbre presque déchirant, on entend également de nombreux râles plutôt secs. A la base, on entend également de nombreux râles, mais qui ne semblent pas être des râles d'évolutivité. En avant, disparition des signes physiques cavitaires notés en arrière.

A droite : on note la présence de quelques râles dans les régions hilaire et axillaire ; peut-être poussée évolutive ? à surveiller de très près.

L'examen fait soupçonner un processus plutôt fibreux à gauche avec évolution vers un fibro-thorax gauche ; l'inspection révèle du reste un certain aplatissement de la cage thoracique de ce côté et la radioscopie paraît tout à fait concluante.

Examen radioscopique : Côté gauche : ombre diffuse des deux tiers inférieurs avec grosse rétraction médiastinale de ce côté, sans répercussion sur la statique vertébrale ; image cavitaire au sommet. En somme, fibro-thorax.

A droite. : ombre dans la région hilaire. Sommet et base clairs. Diaphragme ayant une amplitude normale.

Examen obstétrical : Grossesse de 8 mois $1\frac{1}{4}$. Sommet amorcé, bruits du cœur fœtal positifs.

A signaler que la voix de la malade est un peu voilée et enrouée, depuis deux mois. Pas de dyphonie vraie, ni de dysphagie, la malade avale sa salive et ses aliments sans présenter de douleur.

Le 22 novembre 1930, la malade accouche spontanément, dans la soirée, d'un enfant de 3.100 gr. B. C. G. au nouveau-né.

Le 26 novembre 1930 : Après l'accouchement, la température se maintient vers 39° ; rien d'utérin n'explique cette hyperthermie que l'on rapporte à l'état pulmonaire.

Le 1^{er} décembre 1930, persistance de la température entre 39° et 40° . Les signes physiques constatés à gau-

che, avant l'accouchement, restent stationnaires, mais poussée évolutive évidente du côté droit.

Le 3 décembre 1930, la malade quitte le service, douze jours après l'accouchement, dans un état extrêmement grave, avec température à 40°.

OBSERVATION X

Mme B..., 25 ans.

DIAGNOSTIC : TUBERCULOSE PULMONAIRE FIBRO-CASÉEUSE BILATÉRALE. POUSSÉE ÉVOLUTIVE APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Femme de 25 ans primipare, ayant accouché en dehors de la clinique, le 24 avril 1930.

Entre le 19 juin 1930, envoyée par le Docteur Pigaud, pour lésions pulmonaires développées après une grossesse.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents collatéraux : deux sœurs et deux frères en bonne santé ; une sœur morte à 28 ans d'affection pulmonaire.

Personnellement : pas de maladie antérieure grave dans l'enfance et l'adolescence.

Réglée normalement depuis l'âge de 15 ans.

A 20 ans, elle est soignée pour de l'anémie et à ce moment, bien qu'elle ne présente aucun signe fonctionnel pulmonaire, elle va aux consultations d'un dispensaire pendant plusieurs semaines. L'auscultation pulmonaire est alors négative et on ne fait ni examen radioscopique, ni bacilloscopie.

Cependant tous les hivers depuis, la malade présente « une bronchite » s'accompagnant d'une légère expectoration et d'un point de côté à droite ; ces phénomènes disparaissent à la fin de la mauvaise saison.

Tel est l'état de santé de cette jeune femme lorsqu'elle devient enceinte au mois d'août 1929.

Le début de la grossesse est marqué par *des vomissements graves* qui nécessitent l'hospitalisation à la II^e Infirmerie du 2 au 26 novembre 1929 et qui cessent assez rapidement au traitement habituel.

A ce moment l'examen général de la malade révèle *au point de vue pulmonaire un sommet droit suspect*.

Les symptômes pulmonaires n'apparaissent que quelques semaines après, au mois de janvier 1930 ; la malade commence à tousser et à souffrir d'un violent point de côté droit. Assez vite, apparition d'un léger fléchissement de l'état général, avec perte de l'appétit et amaigrissement notable. La température n'est pas prise, mais la malade a souvent l'impression d'être « fiévreuse » le soir.

Accouchement spontané le 24 avril d'un enfant pesant 2 kilos 500, nourri au sein par sa mère pendant un mois.

Les suites de couches immédiates sont simples, mais le dixième jour, lorsque la malade essaye de se lever, elle se sent tellement asthénique qu'elle doit reprendre le lit.

Comme les forces ne reviennent pas et que l'amaigrissement persiste avec une toux importante, la malade s'inquiète à juste titre et va consulter le Docteur Pigeaud qui lui trouve des lésions pulmonaires et la fait recevoir à la II^e Infirmerie pour examens complémentaires.

A l'entrée : Jeune femme de 25 ans, de faible corpulence, au facies pâle et amaigri.

Son poids à l'entrée est de 37 kilos 500 alors que son poids normal est de 42 kilos ; la température oscille autour de 38°.

Les signes fonctionnels pulmonaires sont actuellement peu intenses ; la malade tousse peu ; son expectoration est à peu près nulle, pas de point de côté.

A l'examen de l'appareil pulmonaire :

A la percussion : submatité du sommet droit.

A l'auscultation : Au poumon droit, dans le tiers supérieur et en particulier dans la fosse sous-épineuse, diminution du murmure vésiculaire avec râles humides de gros calibre, retentissement de la toux dans cette zone avec râles gargouillants après la toux.

Au poumon gauche : au sommet, rudesse du murmure avec quelques râles secs après les fortes respirations et surtout après les secousses de toux.

Les deux bases sont libres.

Examen du cœur : Rien à signaler. La tension artérielle est de : 9,5/6.

L'examen des autres appareils est négatif.

Le 23 juin 1930 : l'examen des crachats révèle la présence de nombreux bacilles de Koch.

Le même jour, *l'examen radiologique* montre des lésions bilatérales à prédominance droite, avec triangle à la partie moyenne du poumon droit. Caverne probable sous la clavicule droite.

La courbe de température, dans le service du 19 au 27 juin, a oscillé entre 37°2 et 37°5 le matin et 38° à 38°5 le soir.

Le 28 juin 1930, part dans le service spécial de Saint-Pothin où nous n'avons pas pu la suivre.

**Feuilles de température de nos malades
pendant leur séjour
à la clinique obstétricale
ou à la II^{me} Infirmerie**

*Les flèches accompagnées d'un A.
indiquent sur les courbes le jour de l'accouchement*

OBSERVATION I

*Broncho-pneumonie tuberculeuse, dans les suites de couches.
Mort rapide au 13^e jour.*

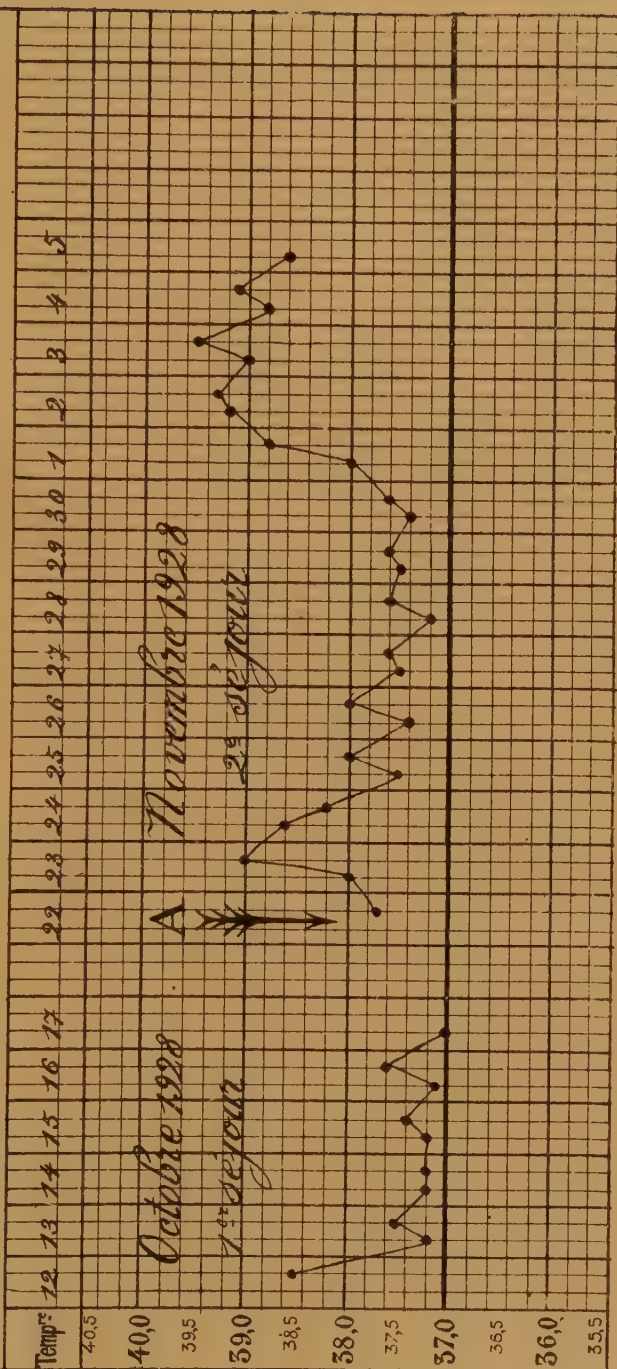
Femme de 24 ans, secundipare, non connue comme tuberculeuse avant son accouchement.

A fait un premier séjour à 5 mois 1/4 pour menace d'avortement, l'auscultation pulmonaire est alors négative. Apyrexie complète pendant ce séjour, sauf le jour de l'entrée.

La température monte dès le jour de l'accouchement.

Malgré l'absence de bacilloscopie et d'autopsie, l'allure clinique de la maladie nous permet de conclure à une tuberculose pulmonaire aiguë.

Observation I



OBSERVATION II

Tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse, à marche rapide dans les suites de couches. Phlébite double. Mort 37 jours après l'accouchement.

Femme de 34 ans, secondipare.

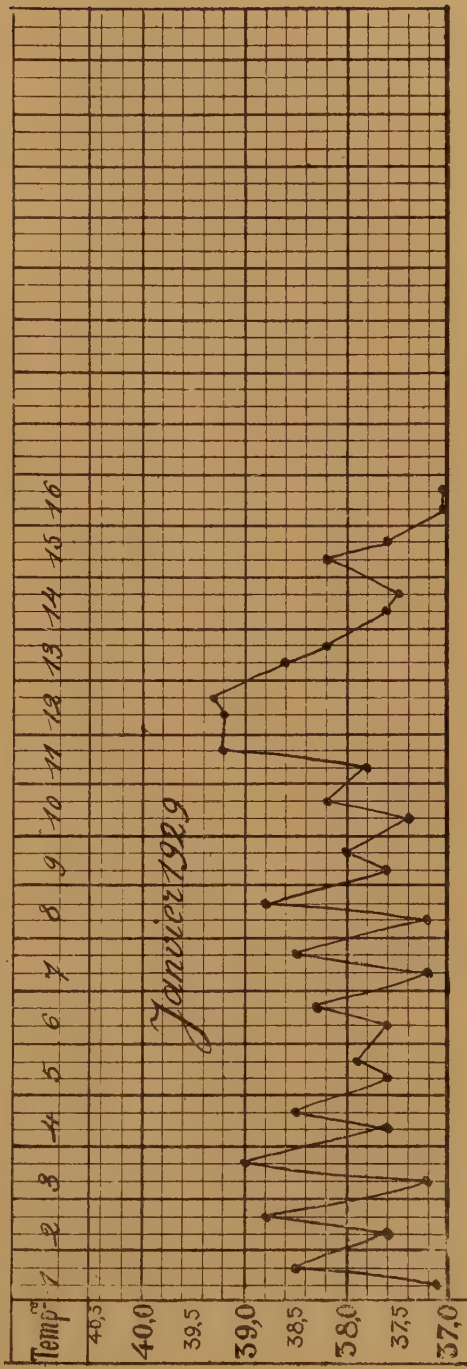
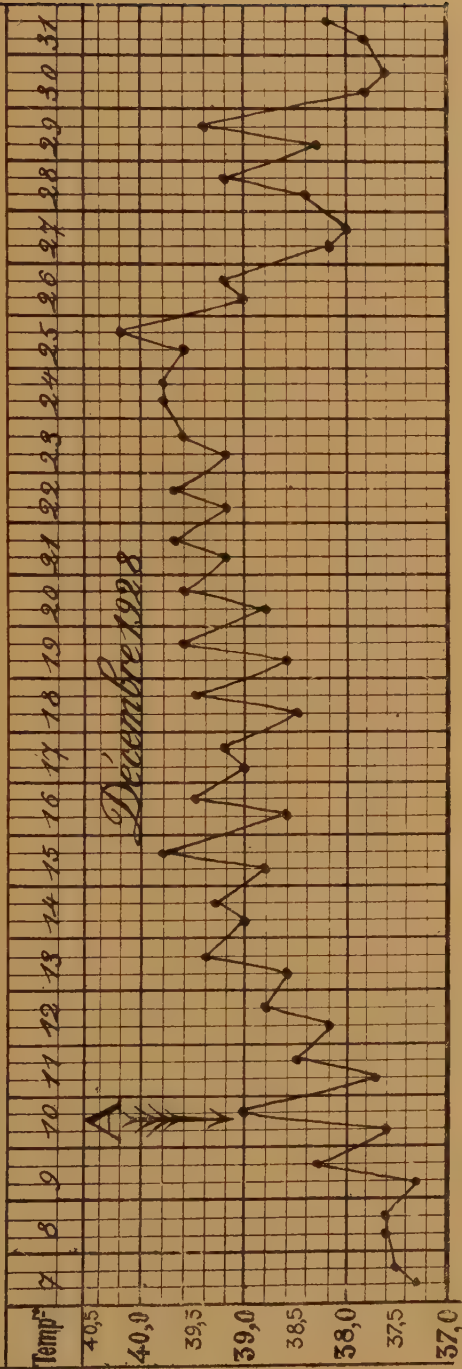
Première manifestation tuberculeuse : hémoptysie grave, trois jours avant l'accouchement.

La température monte la veille de l'accouchement, puis plus encore le jour de l'accouchement et les jours suivants.

La malade ne se plaint de son membre inférieur gauche que huit jours après.

L'évolution clinique et la vérification nécropsique permettent d'attribuer la mort rapide aux lésions pulmonaires.

Observation II



OBSERVATION III

*Broncho-pneumonie tuberculeuse, dans les suites de couches.
Mort rapide au 16^e jour.*

Femme de 36 ans, inconnue.

Dès le lendemain de l'accouchement la température se met à monter.

Evolution d'une tuberculose pulmonaire à marche aiguë dès l'accouchement.

L'autopsie permet de conclure à une tuberculose fibro-caséuse du poumon gauche, de date ancienne, avec broncho-pneumonie tuberculeuse terminale ayant débuté de suite après l'accouchement.

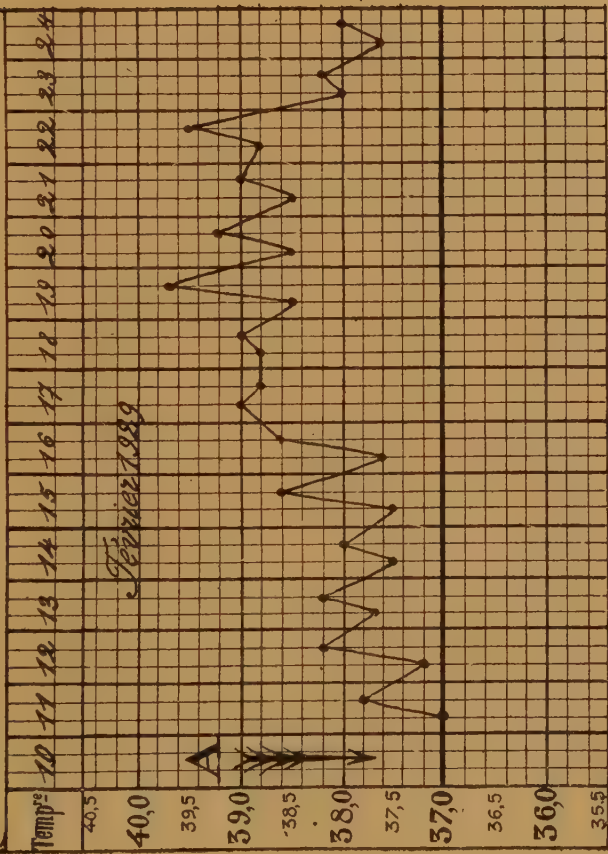
OBSERVATION IV

*Tuberculose pulmonaire fibreuse de date ancienne. Poussée évolutive à allure grave dans les suites de couches.
Mort cinq mois après.*

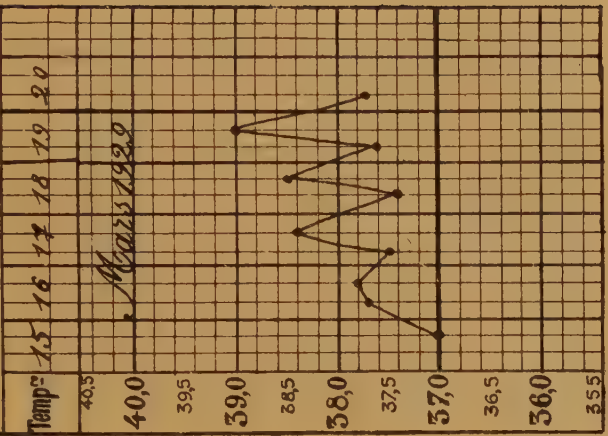
Femme de 31 ans, atteinte de tuberculose fibreuse.

Poussée évolutive ayant débuté huit jours après l'accouchement. Allure grave d'emblée. Mort au bout de cinq mois.

Observation III



Observation IV



OBSERVATION V

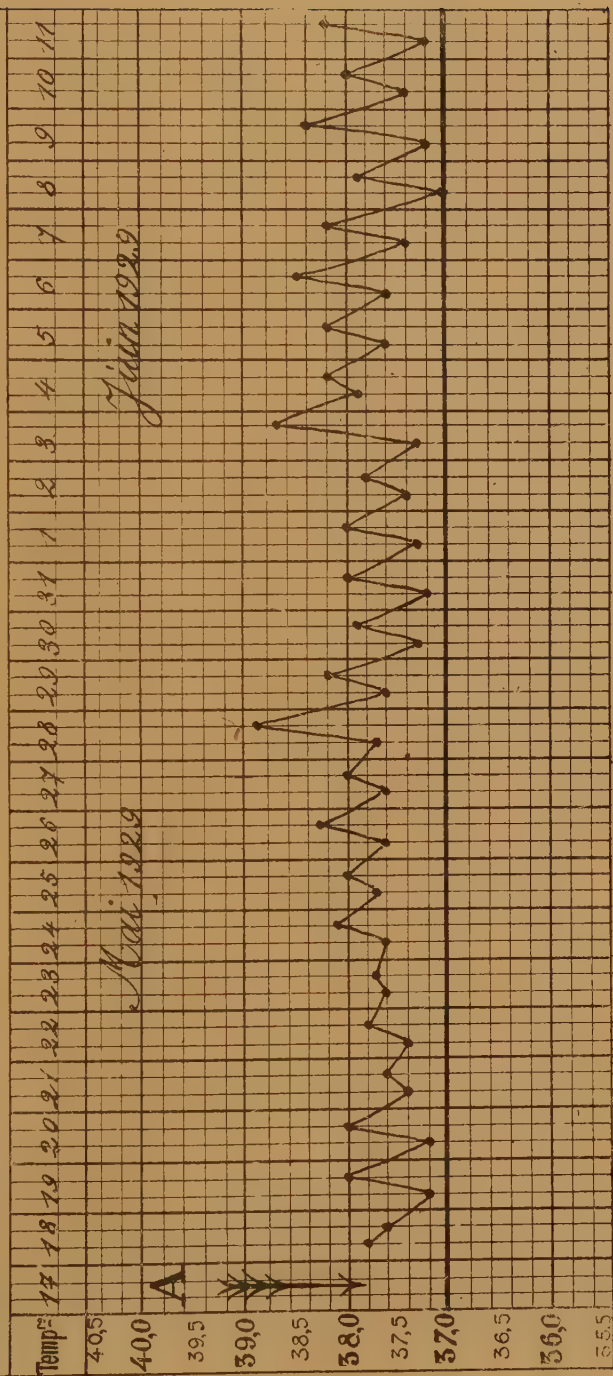
Tuberculose pulmonaire fibro-caséreuse bilatérale. Signes d'évolutivité dans les suites de couches. Décès deux ans après.

Femme de 26 ans, primipare.

Première manifestation tuberculeuse : hémoptysie au quatrième mois de la grossesse. Légers signes d'évolutivité à la fin de la gestation.

Ces signes s'exagèrent nettement de suite après l'accouchement et la température est restée subfébrile d'une façon constante pendant le passage de la malade à la II^e infirmerie.

Observation V



OBSERVATION VI

Tuberculose pulmonaire fibro-caséuse ancienne. Poussée granulique dans les suites de couches. Mort 27 jours après l'accouchement.

Femme de 36 ans; tertipare.

Connue depuis deux ans comme tuberculeuse pulmonaire.

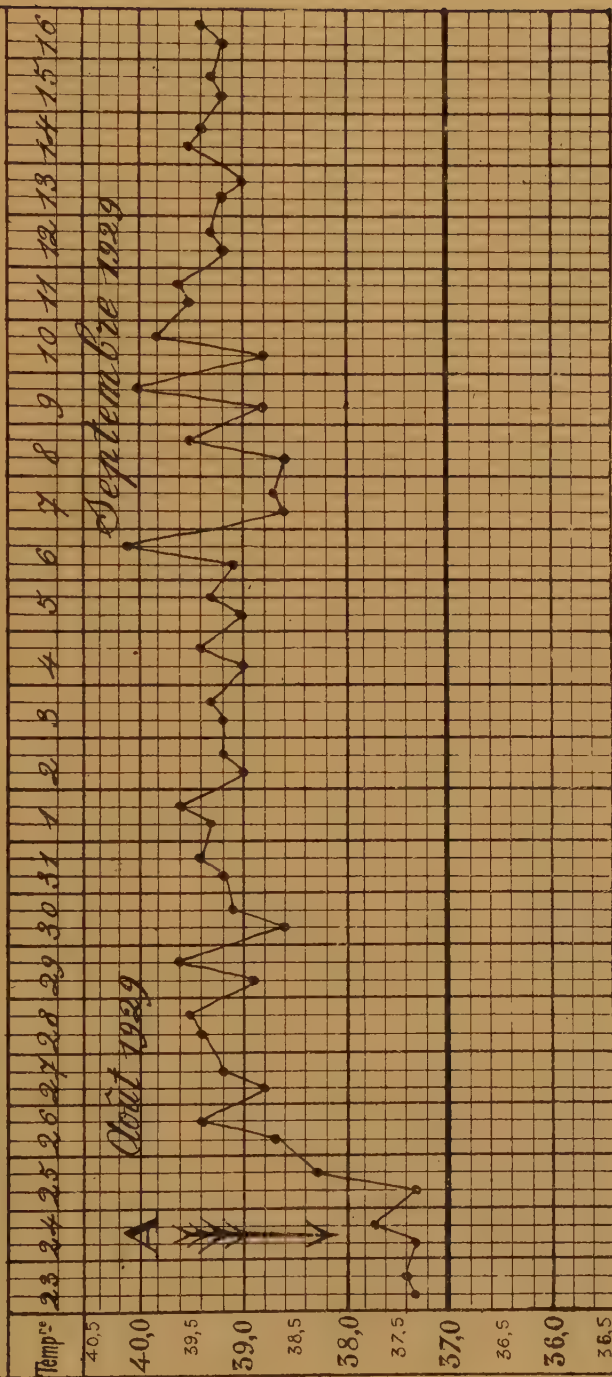
Au 8^e mois, poussée de laryngite, avec expectoration et dyspnée.

On constate des lésions pulmonaires dès l'entrée, au moment de l'accouchement.

La température monte brutalement dès le lendemain et reste entre 39° et 40°.

Cliniquement il s'est agi d'une poussée granulique terminale.

Observation VI



OBSERVATION VII

Tuberculose pulmonaire fibro-caséuse, bilatérale, à tendance fibreuse. Poussée évolutive pendant les suites de couches. Mort huit mois après.

Femme de 31 ans, tertipare.

Connue depuis 4 ans comme tuberculeuse pulmonaire.

Deux ans après le début de la maladie : poussée évolutive grave après l'accouchement du 2^e enfant.

La 3^e grossesse est bien supportée, apyrexie complète avant l'accouchement.

Le jour même de l'accouchement la température monte à 38°.

La malade a fait dans les suites de couches une poussée évolutive grave qui l'a entraîné en huit mois.

OBSERVATION VIII

Tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse avec lésions laryngées survenue au cours d'une 4^e grossesse. Aggravation nette dans la période des suites de couches immédiates et mort au 15^e jour après l'accouchement.

Femme de 28 ans, quartipare.

Non connue comme tuberculeuse avant sa grossesse.

Nous notons au 5^e mois l'apparition de troubles digestifs avec vomissements graves incoercibles et amaigrissement considérable.

Certains auteurs ont noté l'importance de ces signes graves d'auto-intoxication gravidique comme élément favorisant d'une poussée de tuberculose pulmonaire pendant une grossesse.

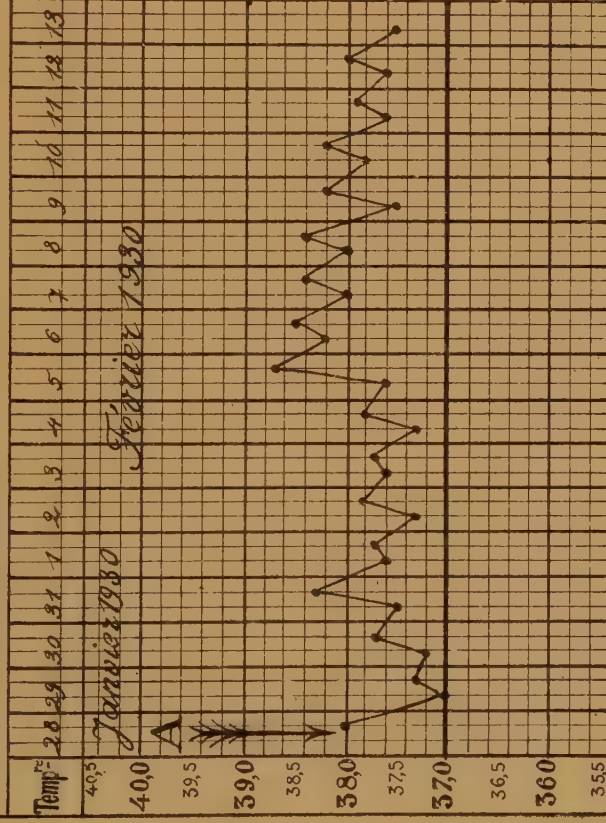
Un mois après, apparition des phénomènes pulmonaires.

La tuberculose laryngée paraît avoir été secondaire à la tuberculose pulmonaire.

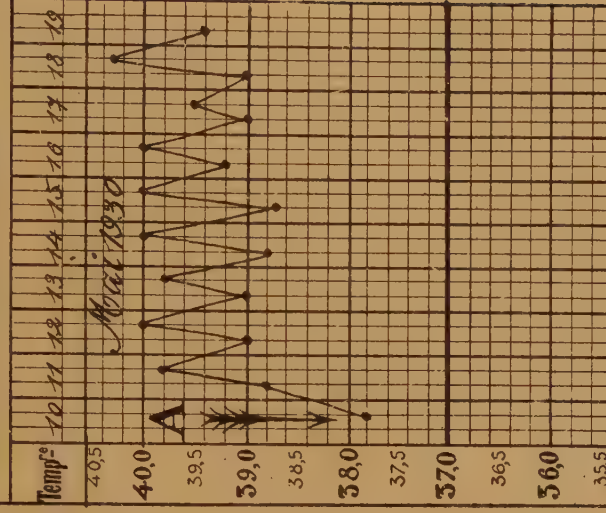
Nous remarquons encore combien l'atteinte du larynx chez une tuberculeuse pulmonaire est une complication qui assombrit le pronostic.

Dès le jour même de l'accouchement la température est montée à 38°, puis a oscillé entre 39° et 40° et notre malade est morte au 15^e jour des suites de couches.

Observation VII



Observation VIII



OBSERVATION IX

*Tuberculose pulmonaire. Accouchement au voisinage du terme.
Aggravation aussitôt après l'accouchement.*

Secondipare de 33 ans.

Connue comme tuberculeuse pulmonaire depuis un an et demi.

Signes d'évolutivité pendant la grossesse.

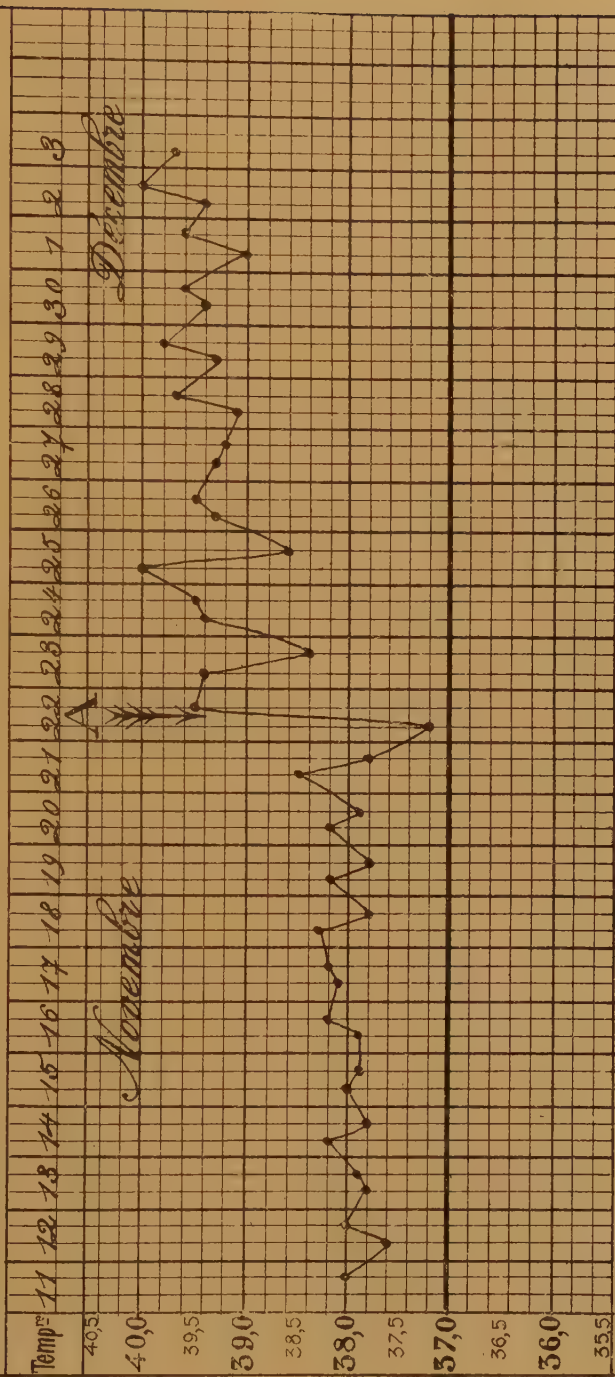
La courbe de température est très intéressante à étudier.

La malade rentre avec une température subfébrile autour de 38°, douze jours avant l'accouchement.

Le jour même de l'accouchement la température monte brutalement à 39°5 et se maintient les jours suivants entre 39° et 40°. On constate l'apparition de nouveaux signes d'auscultation.

Départ au 12^e jour des suites de couches dans un état extrêmement grave.

Observation IX



OBSERVATION X

*Tuberculose pulmonaire fibro-caséuse bilatérale.
Poussée évolutive après l'accouchement.*

Primipare de 25 ans.

Nous notons ici encore des *vomissements graves* au début de la grossesse ; ils nécessitent l'hospitalisation à la II^e infirmerie.

L'examen, à ce moment, fait soupçonner une lésion du *sommet droit*.

Signes d'évolutivité indiscutables pendant le dernier tiers de la grossesse, accentués dès le début des suites de couches.

Pendant le passage à la II^e infirmerie, un mois après l'accouchement, température nettement subfébrile.

La malade n'a pas été suivie après son départ du service.

Observation X

Temp^o 19 20 21 22 23 24 25 26 27

40,5

40,0

39,5

39,0

38,5

38,0

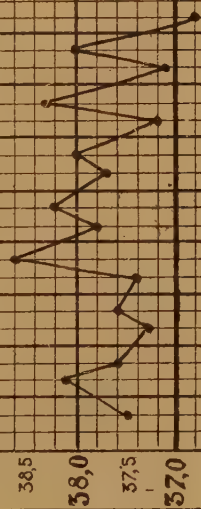
37,5

37,0

36,5

36,0

35,5



Conclusions

I. — Nous avons recueilli dix observations concernant des malades qui ont présenté une poussée de tuberculose pulmonaire évolutive au cours de la période des suites de couches immédiates ; ces malades étant connues ou non connues comme des tuberculeuses pulmonaires avant leur accouchement.

II. — Neuf de ces observations ont trait à des malades ayant accouché dans le service de la clinique obstétricale. Ces neuf observations, qui représentent tous les cas observés à la clinique pendant une période de trois ans (novembre 1928 à novembre 1931), peuvent être comparées au nombre d'accouchements effectués dans le service pendant cette même période, soit un total de 3.850 accouchements.

III. — Dans cinq cas les malades sont mortes rapidement dans le service ; dans trois cas, les malades envoyées dans des services de médecine ont succombé plus ou moins rapidement. En outre, la malade de notre observation IX est partie de la clinique obstétricale le douzième jour après l'accouchement, dans un état très grave, et la malade de notre observation X,

envoyée dans un service de médecine, n'a pu être suivie après son départ.

IV. — Dans sept observations, ces complications pulmonaires sont survenues chez des malades dont les lésions pulmonaires paraissaient éteintes ou chez lesquelles ces lésions, peu marquées, n'avaient pas été dépistées avant l'accouchement.

V. — Il paraît intéressant de faire remarquer que chez la plupart de nos malades, la poussée thermique a débuté presque immédiatement après l'accouchement, alors que jusqu'au terme ces malades étaient à peu près apyrétiques. Ce fait, du plus haut intérêt au point de vue de la biologie générale, est bien mis en évidence par les courbes de température que nous reproduisons avec nos observations.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN, VORON.
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 18 Février 1932.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE

Bibliographie

Tuberculose et gestation

(Travaux de langue française publiés dans ces dernières années)

ARNOULD (E). — La mortalité tuberculeuse du sexe féminin. (*Revue de la Tuberculose*, tome III, n° 2, 1922.)

BAR (P.). — De la tuberculose compliquée de grossesse. (*Conférence faite à la Faculté de Médecine de Madrid*, avril 1921.)

— Tuberculose et grossesse. (*Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris*, tome LXXXVIII, n° 37, 13 novembre 1922, et n° 42, 19 décembre 1922.)

BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT. — *La Pratique de l'Art des Accouchements*, édition 1927, tome II : Pathologie de la grossesse. Infection puerpérale.

BERNARD (L.). — Tuberculose pulmonaire et gravité. (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 23 mai 1921.)

— Des relations de la tuberculose pulmonaire et de la maternité. (*Paris Médical*, 6 janvier 1923.)

- Gestation et Tuberculose. (*Presse Médicale*, 16 novembre 1921.)
- Discussion sur les rapports de la tuberculose et de la grossesse. (*Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris*, tome LXXXVIII, n° 42, 16 décembre 1922.)
- BOSC. — Thèse de Grimbert.
- BOSSI (M.). — Tuberculose et gravidité. (*Réunion de l'Université de Gênes*, juin 1918.)
- BOUFFE DE SAINT-BLAISE. — Discussion sur les rapports de la tuberculose pulmonaire et de la gravidité. (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 18 juin 1921.)
- BRINDEAU. — Discussion sur les rapports de la tuberculose et de la gravidité. (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 18 juin 1921.)
- CARAVEN et DUBOIS. — *Picardie Médicale*, juin 1926.
- CHAUFFARD. — Discussion sur les rapports de la tuberculose et de la grossesse. (*Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris*, n° 37, 14 novembre 1922.)
- CLEISZ (L.). — Les idées actuelles sur le pronostic de la tuberculose pulmonaire coïncidant avec la puerpéralité. (*Gynécologie et Obstétrique*, tome VII, n° 2, 1923.)
- COULAUD. — *Annales de Médecine*, novembre 1921.
- COUVELAIRE. — Discussion sur les rapports de la tuberculose et de la gravidité (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 18 avril 1921.)
- CORDIER. — Thèse de Lyon, 1923.

CHATILLON. — *Congrès d'Obstétrique et de Gynécologie, 1923.*

DAUTIER (J.). — Contribution à l'étude de l'influence de la grossesse sur la puerpéralité. (*Thèse, de Paris, 1920.*)

DELMAS (P.). — Tuberculose et puerpéralité. (*Clinique et Laboratoire, 30 mai 1922.*)

— *Discussion à la réunion d'Obstétrique et de Gynécologie de Montpellier, décembre 1923.*

DUBOIS. — *Thèse, de Paris, 1926.*

DUMAREST et BRETTE. — Grossesse et tuberculose. (*Presse Médicale, 21 juin 1922.*)

— *Rapports de la grossesse et de la tuberculose. (Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris, tome LXXXVIII, n° 31, 3 octobre 1922.)*

FIESSINGER et BRODIER. — *Annales de Médecine, juin 1922.*

FORSSNER. — *Revue de la Tuberculose, 1924, n° 6.*

FRUHINSHOLZ. — *Revue Médicale de l'Est, tome LI, n° 7.*

HERGOTT (A.). — Discussion sur les rapports de la tuberculose et de la grossesse. (*Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris, tome LXXXVII, n° 29, 28 novembre 1922.*)

JEANNIN. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1921.*

KÜSS. — Tuberculose pulmonaire et gestation. (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 8 janvier 1922.*)

- METZGER. — Discussion sur les rapports de la tuberculose et de la gestation. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 8 janvier 1922.)
- NOBÉCOURT (P.) et PARAF (J.). — L'influence de la grossesse sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire et pleurale : l'anergie tuberculinique au cours de la grossesse, allaitement et tuberculose. (*Presse Médicale*, 18 février 1920.)
- NUBIOLA. — *Archives de Gynécologie, Obstétrique et Pédiâtrie*, n° 2, 1921.
- PARISOT. — *Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique*, Paris, 1925.
- PEAUD. — Contribution à l'étude des rapports réciproques de la tuberculose et de la puerpéralité. (*Thèse*, de Paris, 1920.)
- PINARD. — *Académie de Médecine*, novembre 1922.
- PISSAVY et Mlle S. BERNARD. — *Revue de la Tuberculose*, n° 5, 1922.
- RIBEMONT-DESSAIGNES. — *Traité d'Obstétrique*, édition 1923.
- RIST. — Tuberculose pulmonaire et gravidité. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 14 février 1921 et 18 juin 1921.)
- ROSSIER. — III^e Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, Genève, 1923.
- SERGENT (E.). — Tuberculose et grossesse. (*Etudes cliniques sur la tuberculose*, 1918.)
- Tuberculose pulmonaire et gestation. (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, janvier 1922.)

— Tuberculose et grossesse. (*Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris*, tome LXXXVIII, n° 41, 12 décembre 1922, et n° 42, 19 décembre 1922.)

SIREDEY. — Discussion sur les rapports de la tuberculose pulmonaire et de la gravidité. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 14 mars 1921 et 18 avril 1921.)

THÉLIN. — *III^e Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française*, Genève, 1923.

VORON. — Conduite à tenir chez la tuberculose pulmonaire enceinte. (*III^e Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française*, Genève, 9-11 août 1923.)

WALLICH. — Discussion sur la tuberculose dans ses rapports avec la gestation. (*Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris*, tome LXXXVIII, n° 41, 12 décembre 1922.)

— Discussion sur les rapports de la tuberculose pulmonaire et de la gestation. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 8 janvier 1922.)

WEYMEERSCH et OLBRECHTS. — Conduite à tenir chez la femme tuberculeuse gravide. (*III^e Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française*, Genève, août 1923.)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
OBSERVATIONS	13
Feuilles de température de nos malades pendant leur séjour à la clinique obstétricale ou à la II ^e Infirmerie	41
CONCLUSIONS	59
BIBLIOGRAPHIE	61



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 IMPRIMEURS - ÉDITEURS 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

00 00 00 00 LYON 00 00 00 00



